

Estimado Solicitante:

Gracias por su interés en solicitar beneficios para Compensación de las Víctimas del Crimen. Nuestro propósito es ayudar a las víctimas del crimen en obtener ayuda financiera para ayudarles a reponerse de los efectos traumáticos del crimen. Si necesita ayuda para llenar esta aplicación, por favor contacte a su coordinador de víctima o testigo, o llame al número telefónico que está al fondo de esta página. Usted también puede contactar al Coordinador de Víctima/Testigo asignado a su caso o la organización del defensor de la víctima en su comunidad.

Los beneficios de la Compensación de Víctimas de Crimen de Idaho son para víctimas de crímenes cometidos en Idaho después del 1 de Julio de 1986. El crimen debe ser reportado a las autoridades y usted debe presentar su aplicación para beneficios dentro de un año de la fecha del crimen. Estos requisitos pueden ser renunciados si hay una buena razón por la que usted no presentó los papeles antes del plazo. Para recibir una hoja de renuncia, usted debe atar una explicación escrita que detalla su situación a su aplicación para beneficios. Los residentes de Idaho que son víctimas de un crimen al visitar otro estado deben solicitar los beneficios de compensación en el estado donde el crimen ocurrió. Si ese reclamo es negado, usted entonces puede presentar una aplicación para beneficios en Idaho.

Para ayudar a acelerar el proceso de la aplicación, por favor esté seguro de:

- Terminar todas las páginas de la aplicación, especialmente la página de firma.
- Presentar aplicaciones separadas para cada víctima que busca beneficios.
- Sea específico con respecto a los detalles del crimen. Incluye la fecha o el período de tiempo del crimen, la ciudad o el condado donde el crimen ocurrió, la agencia del orden público que investigó el crimen y una descripción detallada del crimen.
- Proporcione una lista de otras fuentes de beneficios disponibles a la víctima que pueda cubrir los gastos para las heridas (por ejemplo: la Cruz Azul, el Seguro médico, la compensación de trabajador). Esté seguro que incluyó información de la compañía de seguro y números de póliza.
- Proporcione una lista de proveedores de tratamiento. Esté seguro que incluyó los nombres y los domicilios.

MANDE SU APLICACIÓN COMPLETA A:

Crime Victims Compensation Program  
Industrial Commission  
P.O. BOX 83720  
BOISE, ID 83720-0041

Si usted necesita ayuda o quiere un folleto, por favor llame  
(208) 334-6080 o (800) 950-2110 x-6080  
Visítenos en nuestro sitio Web: [www2.state.id.us/iic/crimevictims.htm](http://www2.state.id.us/iic/crimevictims.htm)

APLICACION PARA COMPENSACION  
CRIME VICTIMS COMPENSATION PROGRAM  
INDUSTRIAL COMMISSION  
P.O. BOX 83720  
BOISE ID 83720-0041  
(208) 334-6000 o (800) 950-2110

FAVOR DE NOTAR: USTED DEBE COMPLETAR TODA LA INFORMACION SIGUIENTE EN CADA UNA DE LAS CUATRO PAGINAS DE ESTA APLICACION.

**1. INFORMACION REQUERIDO SOBRE LA VÍCTIMA.**

SEXO: MASCULINO\_\_\_ FEMENINO\_\_\_

NOMBRE DE LA VÍCTIMA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LA VÍCTIMA: \_\_\_\_\_

ESTADO/CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FECHA DE MUERTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (si es aplicable)

**¿PERDIO LA VÍCTIMA POR LO MENOS UNA SEMANA DE TRABAJO POR EL RESULTADO DE HERIDAS RELACIONADAS AL CRIMEN?**

No\_\_\_ SÍ\_\_\_ SI SÍ, complete por favor lo siguiente:

**EL NOMBRE DEL NEGOCIO DEL EMPLEADOR DE LA VÍCTIMA EN EL TIEMPO DEL CRIMEN:**

\_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL EMPLEADOR DE VÍCTIMA: \_\_\_\_\_

ESTADO/CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

PERSONA de CONTACTO: \_\_\_\_\_ SUELDO \$: \_\_\_\_\_ POR LA HORA

FECHAS PERDIDAS EN EL TRABAJO: DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

**¿RECIBIÓ LA VÍCTIMA PROPINAS? NO\_\_\_ SÍ\_\_\_** SI SÍ, calculé por favor la cantidad que la víctima recibió por la semana \_\_\_\_\_.

**2. SI LA VÍCTIMA HAYA FALLECIDA, PROPORCIONE LA INFORMACION SIGUIENTE (Si la víctima no ha fallecido, NO LLENE ESTA SECCION Y VAYA A la SECCION NO. 3)**

**¿TUVO LA VÍCTIMA NIÑOS O OTROS DEPENDIENTES? \_\_\_\_\_** SI ESE ES EL CASO COMPLETE POR FAVOR LO SIGUIENTE.

Si espacio adicional es necesario, por favor até una hoja de papel.

NOMBRE DE DEPENDIENTES	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO A LA VÍCTIMA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**3. SI USTED ESTA FIRMANDO ÉSTA APLICACION PARA UN MENOR, UN INCAPACITADO O PARA UNA VÍCTIMA QUIEN HA FALLECIDO, LA INFORMACION SIGUIENTE SOBRE USTED ES REQUERIDA.**

SU NOMBRE \_\_\_\_\_

NOMBRE de SU EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SU NUMERO DEL SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SU DOMICILIO \_\_\_\_\_

ESTADO/CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

SU PARENTESCO A la VÍCTIMA \_\_\_\_\_  
(SI USTED ES EL GUARDIAN LEGALE - USTED DEBE PROPORCIONAR UNA COPIA DEL MANDATO JUDICIAL.)

**4. INFORMACION REQUERIDA ACERCA DEL CRIMEN.**

EL TIPO DE CRIMEN \_\_\_\_\_

FECHA DEL CRIMEN \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ AM o PM (DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_)

EL LUGAR DEL CRIMEN \_\_\_\_\_

(La dirección de la calle donde el crimen ocurrió) \_\_\_\_\_

AGENCIA DEL ORDEN PÚBLICO EN DONDE EL CRIMEN FUE REPORTADO: \_\_\_\_\_

FECHA DEL DESCUBRIMIENTO DEL CRIMEN: \_\_\_\_\_ FECHA CUANDO EL CRIMEN FUE

REPORTADO: \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ AM o PM

NOMBRE DE OFICIAL INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_

NUMERO DEL REPORTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA(S) QUE COMETIO EL CRIMEN: \_\_\_\_\_

RELACION A la VÍCTIMA Y la EDAD DE LA PERSONA(S) QUE COMETIO EL CRIMEN  
(EJEMPLO: AMIGO, CONOCIDO, TIO, HERMANO, HERMANA, EXTRANJERO, ETC.)

DESCRIBA BREVEMENTE el INCIDENTE (Si espacio adicional es necesario, por favor até una hoja de papel separada)

**NOMBRE DEL COORDINADOR DE VÍCTIMA/TESTIGO:** \_\_\_\_\_

**¿CÓMO SE ENTERÓ USTED DE ESTE PROGRAMA?** \_\_\_\_\_

**5. INFORMACION ESTADISTICA: La siguiente información se aplica para propósitos estadísticos solamente. Es necesario para cumplir con regulaciones federales.**

Raza: Blanco \_\_\_\_\_ Negro \_\_\_\_\_ Indio Americano \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_ Oriental/Asiático \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Es usted un Ciudadano de Estados Unidos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Es usted un residente de Idaho? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Incapacidades: Oído \_\_\_\_\_ Movilidad \_\_\_\_\_ Visual \_\_\_\_\_ Mental \_\_\_\_\_ Múltiple \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

**6. INFORMACIÓN REQUERIDA DE SEGUROS Y OTRAS FUENTES DE BENEFICIOS.**

MARQUE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS QUE TENGA LA VÍCTIMA:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SEGURO DE VEHÍCULO                  | <input type="checkbox"/> SEGURO MEDICAL                             | <input type="checkbox"/> SEGURO DE SALUD Y DE ACCIDENTE |
| <input type="checkbox"/> COMPENSACION DE TRABAJADORES        | <input type="checkbox"/> SEGURO DE DISABILIDAD                      |   |
| <input type="checkbox"/> BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL        | <input type="checkbox"/> SERVICIOS MEDECALES PARA INDIOS AMERICANOS |   |
| <input type="checkbox"/> MEDICARE: NÚMERO DEL MEDICARE _____ | FECHA EFECTIVA _____  |   |
| <input type="checkbox"/> MEDICAID: NÚMERO DEL MEDICAID _____ | FECHA EFECTIVA _____  |   |
| OTRO: (EXPLIQUE) _____                                       |   |   |

NOMBRE Y DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE PÓLIZA O/Y NÚMERO DE RECLAMO: \_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE QUE TIPO DE COBERTURA ES SU SEGURO:  MEDICAL  AUTO  SEGURO DE VIDA  SEGURO DEL HOGAR

**INFORMACIÓN DE SEGUNDA PÓLIZA DE SEGUROS:**

NOMBRE Y DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE PÓLIZA O/Y NÚMERO DE RECLAMO: \_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE QUE TIPO DE COBERTURA ES SU SEGURO:  MEDICAL  AUTO  SEGURO DE VIDA  SEGURO DEL HOGAR

¿ESTÁ USTED REPRESENTADO POR UN ABOGADO EN UNA DEMANDA CIVIL O CONTRA UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS RELACIONADA CON ÉSTE INCIDENTE? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ABOGADO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL ABOGADO \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

¿SI USTED NO HA DEMANDADO LA PERSONA QUE COMETIÓ EL CRIMEN EN UNA ACCIÓN CIVIL, PIENSA USTED DEMANDAR HA ESA PERSONA? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

.....

**7. INFORMATION REQUERIDA SOBRE MEDICAL, DENTAL, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL, ETC.**

PROPORCIONE TODOS LOS NOMBRES DE DOCTORES, DENTISTAS, CLINICAS, HOSPITALES, CONSEJEROS, AMBULANCIAS, Y CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS QUE LA VÍCTIMA VISITÓ CON RELACION AL CRIMEN (Si espacio adicional es necesario, por favor até una hoja de papel).

**NOMBRE COMPLETO DEL PROVEEDOR**

**DOMICILIO COMPLETO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....

\*\*\*CONTINÚE A PAGINA 4 DE LA APLICACIÓN\*\*\*

**CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SECCIONES DEBEN SER ACEPTADAS Y FIRMADAS EN EL DOCUMENTO QUE ESTÁ ESCRITO EN INGLES PARA RECIBIR COMPENSACIÓN.**

**8. PERMISO PARA DAR INFORMACIÓN**

Doy permiso para dar y recibir información de todos hospitales, clínicas, doctores, compañía de seguros, empleador, proveedor de salud mental, centro de tratamiento, persona, agencia o cualquier otra entidad cualquier información que es necesitada al PROGRAMA DE COMPENSACION DE VÍCTIMAS DE CRIMEN DE IDAHO, para \_\_\_\_\_ (el nombre de víctima). También doy permiso al Programa para dar copias de mis documentos medicales o de salud mental que sean necesarios al fiscal para asegurar la restitución del supuesto ofensor para rembolsar los fondos.

Entiendo que la información se utilizará para determinar los beneficios de la compensación, y sola esa información necesaria para hacer una decisión acerca de la aplicación o cualquier reclamo para beneficios de compensación será usado o como convenga necesario por el Programa para lograr su mandato establecido por la ley será solicitada de otras entidades o permitido por el programa. Con estas excepciones, toda información proveída será conservada en confidencia.

Yo entiendo que éste permiso para dar información es valido hasta que mi reclamo es cerrado, como provee el código de Idaho §72-1014, y que yo puedo cancelar éste permiso de información con el Programa por escrito a cualquier tiempo, y que esa cancelación resultara en que mi reclamo no se adelante más.

Yo entiendo que una copia o facsímile de esté firmado documento es tan valido como el original, y que mi firma da permiso para dar toda información detallada en esté documento de permiso.

Leyes federales específicamente requieren que cualquier revelación de información relacionada con la salud mental, drogas/alcohol o el SIDA deben ser acompañadas con la siguiente declaración escrita:

Está información ha sido revelada ha usted de archivos protegidos por reglas Federales de confidencialidad (42 CRF Part 2). Las reglas Federales le prohíbe a usted de dar más información a menos que tal revelación sea expresamente permitido por escrito con consentimiento de la persona a quien le pertenece o como sea permitido por la regla 42 CFR Part 2. Una autorización general de permiso para información medical o cualquier otro tipo de información NO es suficiente para esté propósito. Las leyes Federales prohíbe todo uso de está información para investigaciones o procedimientos penales contra un paciente del abuso de droga/alcohol.

**XXX FIRME EN EL DOCUMENTO QUE ESTÁ ESCRITO EN INGLES PARA RECIBIR COMPENSACIÓN**

**Firma del aplicante (padre o guardián debe firmar si la víctima es un menor)**

Nombre del aplicante escrito con letra de molde \_\_\_\_\_ parentesco a la víctima \_\_\_\_\_

**9. ACUERDO DE REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN**

Yo entiendo que la ley de Idaho requiere que yo me ponga en contacto con el Programa y que les reembolse si yo he recibido o recibiré en el futuro algún pago del culpable, una demanda civil, de un programa de seguros, agencia de gobierno o agencia privada o de cualquier fuente que resulte de la infracción criminal en la cual está aplicación fue sometida. Yo reconozco que el Programa tiene el primer retención sobre cualquier dinero pagado a mí de todas fuentes nombradas.

Yo entiendo y acepto las condiciones de esté acuerdo de reembolso y subrogación.

**XXX FIRME EN EL DOCUMENTO QUE ESTÁ ESCRITO EN INGLES PARA RECIBIR COMPENSACIÓN**

**Firma del aplicante (padre o guardián debe firmar si la víctima es un menor)**

Nombre del aplicante escrito con letra de molde \_\_\_\_\_ parentesco a la víctima \_\_\_\_\_

**10. CERTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN**

Yo certifico a mi leal saber y entender que la información en está aplicación es correcta y verdad. Yo entiendo que yo debo usar todos los recursos financieros que están disponible a mí, que incluyen pero no están limitados a, segura medical/de salud, compensación de trabajadores, seguro de discapacitados, beneficios de veteranos, Medicaid/Medicare, seguro social, seguro de autos y permiso de enfermedad antes de que el Programa pague beneficios. Yo entiendo que con firmando abajo yo acepto todas las provisiones en está Aplicación para Compensación. Si la víctima ha fallecido, yo certifico que yo tengo la autoridad para llenar está aplicación en nombre de los dependientes sobrevivientes, incluyendo niños menores, con derecho para aplicar para los beneficios del Programa, a menos que otra aplicación separada ha sido presentada para uno de los dependientes.

**XXX FIRME EN EL DOCUMENTO QUE ESTÁ ESCRITO EN INGLES PARA RECIBIR COMPENSACIÓN**

**Firma del aplicante (padre o guardián debe firmar si la víctima es un menor)**

Nombre del aplicante escrito con letra de molde \_\_\_\_\_ parentesco a la víctima \_\_\_\_\_

**EACH OF THE FOLLOWING SECTIONS MUST BE AGREED TO AND SIGNED TO RECEIVE COMPENSATION**

\*\*\*\*\*

**8. INFORMATION RELEASE**

I give permission to release to and receive from any hospital, clinic, doctor, insurance company, employer, mental health provider, treatment center, person, agency or any other entity any needed information to the IDAHO CRIME VICTIMS COMPENSATION PROGRAM, for \_\_\_\_\_ (name of victim). I also give permission to the Program to release copies of any of my medical or mental health records necessary to the prosecuting attorney to secure restitution from the alleged offender in order to reimburse the fund.

I understand the information will be used to determine compensation benefits, and that only information needed to make a decision about the application or any claim for compensation benefits or otherwise deemed necessary by the Program to achieve its statutory mandate will be requested from other entities or released by the Program. With these exceptions, all information provided will be kept strictly confidential.

I understand this information release is valid until my claim is closed, as provided in Idaho Code § 72-1014, and that I can cancel this release by writing to the Program at any time, but that such cancellation will result in my claim not being processed further.

I understand a photocopy or facsimile of this signed form is as valid as the original, and that my signature gives permission for the release of all information specified in this permission form.

Federal law specifically requires that any disclosure or redisclosure of mental health, drug/alcohol or AIDS related information must be accompanied by the following written statement:

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CRF Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of this information to criminally investigate or prosecute any drug/alcohol abuse patient.

XXX \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

**Applicant signature (parent or guardian must sign if victim is a minor)**

**Printed Name of Applicant** \_\_\_\_\_ **relationship to victim** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**9. REPAYMENT AND SUBROGATION AGREEMENT**

I understand that Idaho law requires me to contact and repay the Program if I have already received or receive in the future any payments from the offender, a civil lawsuit, an insurance program, any other government or private agency or any other source resulting from the criminal offense upon which this application was made. I also acknowledge that the Program has a first lien against any money payable to me from any of such sources.

I understand and agree to the terms of this Repayment And Subrogation Agreement.

XXX \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

**Applicant signature (parent or guardian must sign if victim is a minor)**

**Printed Name of Applicant** \_\_\_\_\_ **relationship to victim** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**10. APPLICATION CERTIFICATION**

I certify that the information in this application is true and correct to the best of my knowledge. I understand that I must use all financial resources available to me including but not limited to, medical/health insurance, workers compensation, disability insurance, VA benefits, Medicaid/Medicare, Social Security, auto insurance and sick leave prior to the Program paying any benefits. I understand by signing below I agree to all of the provisions in this Application for Compensation. If the victim is deceased, I certify that I have authority to file this application on behalf of all surviving dependents, including minor children, entitled to apply for benefits under the Program, unless a separate application has been filed for that dependent.

XXX \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

**Applicant signature (parent or guardian must sign if victim is a minor)**

**Printed Name of Applicant** \_\_\_\_\_ **relationship to victim** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*